ROK XI. PAŹDZIERNIK 1931 Nr 10 (106)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

DR. M. BRILL
Lekarz szkolny i Kasy Chorych m. Lwowa.

Szkolna Opieka Dentystyczna w kraju i zagranicą.

(Na podstawie materjału, dostarczonego przez Naczelnego Wizytatora Hygjeny Szkolnej w Ministerstwie Oświecenia dr. Stan. Kopczyńskiego).

(Ciąg dalszy.)

Dziatwa szkół powszechnych, która najwięcej powinna korzystać z dobrodziejstwa szkolnej opieki dentystycznej, jest u nas niestety pod tym względem bardzo upośledzona. Należy to sobie tłumaczyć tem, że samorządy wielkich miast mają ciężkie warunki gospodarcze i wykazują mało zrozumienia dla ważności hygjeny jamy ustnej i zębów. Ta ostatnia przyczyna jest w wielkiej mierze skutkiem naszego zaniedbania, ponieważ stan dentystyczny, względnie związki zawodowe, nie dość energicznie wpływają w tym kierunku na samorządy, względnie na ich przedstawicieli. Dzisiejszy stan opieki dentystycznej w szkołach powszechnych przedstawa się następująco:

W Warszawie zajmuje się szkolną opieką dentystyczną Wydział Oświaty i Kultury pod kierownictwem naczelnego lekarza, któremu podlega 33 lekarzy, pracujących 6 — 36 godzin tygodniowo, razem 264 godzin na 18 fotelach dentystycznych, rozmieszczonych w budynkach szkolnych, oprócz jednego fotelu, który się znajduje w Poliklinice Sekcji Hygjeny Szkolnej. Oprócz lekarzy-dentystów, pracujących w gabinetach szkolnych, zaangażował Wydział Kultury

i Oświaty jeszcze prywatnych lekarzy-dentystów, płatnych od zabiegu, i pracujących u siebie w domu. Z pośród wymienionych 33 lekarzy-dentystów opłaca Kasa Chorych miasta Warszawy 15 lekarzy, celem wzmocnienia akcji zwalczania próchnicy wśród młodzieży, rekrutującej się głównie z pośród ubezpieczonych w Kasach Chorych, którzy pracują po 4 godz. dziennie. Wynagrodzenie miesięczne miejskich lekarzy-dentystów, za 12 godzin tyg. pracy, wynosi 242 zł., a po 15 latach dochodzi do 350 zł. — Biedną dziatwę zwalnia się od opłat. reszta płaci po 1 zł. za plombę. Plomb założono 10.535, a sanację jamy ustnej przeprowadzono u 1900 dzieci.

W Łodzi zarządza Wydział Oświaty i Kultury miejską poradnią dentystyczną, umieszczoną w budynku pogotowia ratunkowego, gdzie pracuje 5 lekarzy-dentystów i jedna pomocnica. Wynagrodzenie lekarzy wynosi 350 zł. miesięcznie. Za zabiegi młodzież nic nie płaci. Wykonano 2.327 plomb i 4.368 ekstrakcyj. Od maja 1930 roku pracuje na koszt Kasy Chorych 5 lekarzy-dentystów z 5 pomocnicami po 5 godzin dziennie w 5 gabinetach dentystycznych, urządzonych kosztem Magistratu w nowych budynkach szkolnych. Wynagrodzenie tych lekarzy wynosi 487 zł. miesięcznie; za zabiegi młodzież nie płaci. Przy leczeniu są przedewszystkiem uwzględniane klasy I i VII.

W Poznaniu przyjął Wydział Szkolny 2 lekarzy i 2 pomocnice, którzy pracują w magistrackiej Przychodni 24 wzgl. 36 godzin tygodniowo, za wynagrodzeniem 676, wzgl. 500 zł. W Przychodni leczy się tylko biedniejsza młodzież, a zabiegi są bezpłatne. — Zbadano 11.927 uczniów, zaplombowano 1.128 zębów, a sanację przeprowadzono u 98 uczniów. Zrobiono 4 korony, 2 mostki i jeden ząb ćwiekowy. Ponadto wysłano około 5.000 upomnień do rodziców w sprawie leczenia zębów u dzieci.

We Lwowie opłaca gmina tylko 1 lekarza-dentystę i nie posiada własnego urządzenia, lecz korzysta z lekarzy dentystów i z urządzenia Państwowej Poradni i jej filji wzamian za świadczenia w naturze w formie: lokalu, opału i światła. — Młodzież szkół powszechnych korzysta w bardzo ograniczonej ilości ze szkolnej opieki dentystycznej. Statystyka pracy jest łączna ze szkołami typów szkół średnich i wykazuje w całości 6.084 plomb i 2.912 usunięć zębów. Młodzież opłaca zabiegi wedle ułożonych stawek i korzysta ze zwolnień od opłat.

Kraków posiada szkolne miejskie ambulatorjum dentystyczne, gdzie na trzech fotelach pracuje 2 lekarzy-dentystów i jeden

uprawniony technik dentystyczny (!!) *). Przychodnia zwraca specjalną uwagę na dzieci w klasach I, IV i końcowych danej szkoły. Zbadano 12.316 dzieci, założono 1.862 zwyczajnych i 25 metalowych lanych plomb. Sanację przeprowadzono u 1.014 dzieci. Za plombę płaciła młodzież 2 do 3 zł. oprócz rocznego wpisowego po 1 zł. Wysłano około 4.000 odezw do rodziców. Ponadto pracuje w Ośrodku zdrowia lekarz-dentysta, a Kasa Chorych podjęła się opłacania 5 szkolnych lekarzy-dentystów w dokształcających szkołach rzemieślniczych.

W Wilnie zajmuje się opieką dentystyczną w szkołach powszechnych i średnich Towarzystwo „Patronat Przychodni Lek. Szkolnych", zatrudniające 3 lekarzy po 12 godzin tygodniowo.

W Lublinie jest sekcja hygjeny miejskiej rady szkolnej z 2 lekarzami, pracującymi po 15 godzin w swoich prywatnych gabinetach. Lekarze szkolni i hygjenistki posyłają dziatwę szkolną do nich do domu. Zabiegi są bezpłatne. Wykonano 795 plomb, 670 usunięć zębów, a sanację przeprowadzono u 116 dzieci. Ponadto posiadają zorganizowaną pomoc dentystyczną dla szkół powszechnych miasta: Radom (2), Białystok, Płock, Włocławek, Kutno, Gostyń, Skierniewice i Odolany po 1 lekarzu, a Chrzanów jednego uprawnionego technika dentystycznego (!!) *). — Oprócz tego udzielają pomocy dentystycznej, w bardzo małym zakresie, także Ośrodki Zdrowia, urządzane kosztem samorządów miejskich i wiejskich, przy pewnych zasiłkach ze strony rządu. Tych Ośrodków było 151 w dniu 1 stycznia 1930. Razem więc jest w całej Polsce na 3.600.000 dzieci w szkołach powszechnych 78 lekarzy-dentystów, nie licząc Ośrodków zdrowia, podczas gdy na 311.000 dziatwy szkół średnich było 365 lekarzy-dentystów, prócz tych, którzy byli zajęci w szkołach prywatnych.

W powiecie warszawskim zorganizowano lotny gabinet dentystyczny, który co parę miesięcy jest czynny w poszczególnych Ośrodkach (Łomianki, Młociny, Zielonka). W roku 1927 przyjął ten lotny gabinet dentystyczny 767 dzieci ze szkół wiejskich. Jest to więc pierwsza próba zorganizowania pomocy dentystycznej dla szkolnej dziatwy wiejskiej.

Najmłodsza dziatwa uczęszczająca do przedszkoli, freblówek, ogródków dziecięcych i przebywająca w ochronkach, jest u nas prawie bez opieki dentystycznej.

---

*) Dodatek redakcji.

Wyższe uczelnie lwowskie stworzyły przed kilku laty Opiekę zdrowotną dla szkół akademickich. W dziale stomatologicznym pracuje 4 stomatologów za jednostkowem wynagrodzeniem, stosownie do ilości zabiegów. Młodzież szkół wyższych, szczególnie biedniejsza, ma więc możność leczenia zębów, kontynuując w ten sposób rozpoczęte leczenie w szkołach powszechnych, wzgl. średnich. W najbliższym czasie mają powstać podobne instytucje także w innych miastach uniwersyteckich Polski.

Wpływ dzisiejszej szkolnej opieki dentystycznej na uzębienie daje się wyraźnie poznać przy oglądaniu uzębienia studentów ze szkół wyższych. Można bowiem nawet poznać, czy dany uczeń uczęszczał do gimnazjum na prowincji, lub do prywatnego gimnazjum, gdzie niema szkolnej opieki dentystycznej, lub też do państwowego gimnazjum z uregulowaną opieką dentystyczną.

Jak się udziela pomocy dentystycznej w szkołach średnich i powszechnych?

Otóż w szkołach powszechnych udziela się pomocy tylko w poprzednio wymienionych miastach i to w pierwszym rzędzie tym dzieciom, które kończą szkoły, albo doraźnie, w razie bólu. Stan jamy ustnej większej części młodzieży szkół powszechnych jest więc w stanie zaniedbanym i bardzo opłakanym.

W szkołach średnich przedstawia się sprawa szkolnej opieki dentystycznej zupełnie inaczej, często nawet dość dobrze. W gimnazjach, gdzie się znajdują szkolne gabinety dentystyczne, przeprowadzają lekarze dentyści przegląd jamy ustnej zasadniczo 2 razy rocznie u uczniów całego zakładu, w szkołach, mających wspólne poradnie dentystyczne, albo w tych, które są złączone pod względem opieki dentystycznej, przeprowadza się przegląd tylko w tych klasach, które podlegają t. zw. sanacji jamy ustnej: najczęściej w I i V klasach.

W szkołach zawodowych przeprowadza się przegląd we wszystkich klasach i oddziałach. Przysyłanie dziatwy szkolnej do gabinetów dentystycznych uskutecznia lekarz szkolny, który też kontroluje wykonane zabiegi dentystyczne, przeprowadzane poza gabinetami szkolnemi, wzgl. poza Poradnią. Przysyłaniem młodzieży szkół powszechnych zajmują się także hygjenistki, o ile są one ustanowione. Leczenie dentystyczne odbywa się wszędzie w godzinach nauki szkolnej, t. zn. w godzinach przedpołudniowych. Pomocnice dentystyczne są w niedostatecznej przeważnie ilości, w niektórych miastach jak np. w Lublinie niema ani jednej pomocnicy, ani też żadnej siły biurowej, na żadnym z 6 punktów dentystycznych w budynkach szkolnych, co

obniża wartość drogiej siły lekarskiej do połowy efektu pracy. Niektóre gabinety dentystyczne są samowystarczalne, t. zn. że mogą się utrzymać z opłat uzyskanych za zabiegi. Normy opłat ustanowione przez Ministerstwo opiewają:

Za wypełnienie	krzemowe	2 zł.	
,, ,,	amalgamatowe	1 ,,	50 gr.
,, ,,	cementowe	0 ,,	75 ,,

usuwanie zębów, osadu, kamienia — bezpłatnie.

W szkołach samorządowych i prywatnych są te opłaty przeważnie o 50% wyższe. W rzeczywistości odbiegają opłaty, pobierane od uczniów, nieco od tej normy i tak np. pobiera się we Lwowie opłatę za usuwanie zębów, a wypełnienie zęba z leczeniem miazgi jest droższe od takiegoż bez leczenia, natomiast zwalnia się biedniejszą dziatwę od opłat (co stanowi około 70%) w całości lub połowie. W Hucie Królewskiej nie zwalnia się nikogo od opłaty i pobiera się 2 zł. za usunięcie zęba, lub za wypełnienie jego, obojętnie czy z leczeniem, czy bez leczenia miazgi. W Łodzi, w Poznaniu, w Lublinie, w Płocku i w Radomiu nie pobiera się żadnych opłat. Wszelkie zabiegi dentystyczne wykonują lekarze-dentyści względnie stomatolodzy, za wyjątkiem Krakowa, Huty Królewskiej i Chrzanowa, gdzie pracuje po 1 techniku dentystycznym.

Jednostajnej i planowej sanacji jamy ustnej w okresie uczęszczania dziecka do szkoły nie przeprowadza u nas żaden gabinet dentystyczny szkolny, ani też żadna Poradnia, mimoto jest częstym objawem pocieszającym fakt, że ogólny stan jamy ustnej u młodzieży opuszczającej średni zakład naukowy jest zadowalniający, gdyż 70% uczniów wykazuje w niektórych zakładach naukowych jamę ustną „w porządku". Pogadanki hygjeniczne, energja lekarzy szkolnych i dyrektorów zakładów szkolnych sprawiają, że młodzież szkolna korzysta z prywatnych gabinetów dentystycznych, z urządzeń dentystycznych Kas Chorych, Brackich, Kolejowych i Wojewódzkich. Pomoc doraźna stoi wszędzie na pierwszym planie, a uporządkowywanie jamy ustnej przeważnie na drugiem miejscu.

Jakkolwiek myślą przewodnią szkolnej opieki dentystycznej jest ujęcie całej dziatwy szkolnej, bez żadnych luk, i dążenie do możliwie zupełnego uporządkowania jej uzębienia tak, żeby uczeń po ukończeniu szkoły powszechnej, dokształcającej lub średniej mógł wstąpić do zawodu, wzgl. na wyższe studja, ze zdrowem uzębieniem, to przecież tak rygorystyczne przeprowadzenie tego zamierzenia jedynie tylko w szkolnych gabinetach dentystycznych pozostanie na najbliższe przy-

najmniej lata tylko nierealnem marzeniem. Jest to możliwe może w Rosji Sowieckiej, ewentualnie w niektórych miastach niemieckich, ale nie u nas. Byłoby to zresztą najprawdziwszą socjalizacją dentystyki, która nie jest pożądaną, ani dla ogółu społeczeństwa i tem mniej dla naszego zawodu. Zębolecznictwo szkolne powinno wedle mego zdania być opieką dentystyczną w dosłownem znaczeniu tego wyrazu, — to znaczy dążeniem wszelkiemi możliwemi sposobami do uporządkowania jamy ustnej u młodzieży szkół wszystkich typów i rodzajów, tak publicznych, jak i prywatnych. Obojętnem powinno nam być, gdzie ta młodzież się leczy i kto ją w opiekę dentystyczną weźmie; wykonane zabiegi jednak muszą być dobre, zupełne i przez szkolnych lekarzy kontrolowane. Doprowadzenie do porządku całej jamy ustnej, nie zaś dorywcze leczenie, powinno być naszą zasadniczą dewizą.

Doprowadzanie jamy ustnej do porządku należy rozpoczynać od najmłodszej młodzieży szkół powszechnych i średnich i rozwinąć ją stopniowo aż do najwyższych klas. Gdy się bowiem rozpoczyna to czynić później np. w klasie V lub ostatnich, nie osiąga się wcale celu naszego zamierzenia, t. j. utrzymania możliwie wszystkich zębów i otrzymania prawidłowego zgryzu. Szkolne gabinety dentystyczne winny być otwarte przedewszystkiem dla niezamożnej młodzieży bez względu na przynależność ich rodziców do Kas Chorych, Brackich, Kolejowych lub Wojewódzkich. Zabiegi powinno się wykonywać zupełnie bezpłatnie lub za małą, groszową opłatą, by brak pieniędzy nie stanowił hamulca przy leczeniu. Partycypowanie w wydatkach gabinetów dentystycznych przez instytucje społeczne, powinno być przeprowadzone wedle ustalonego klucza, np. jak w niemieckich Kasach Chorych, o których później będzie mowa. Młodzież bogatszych rodziców, która chce i może się leczyć prywatnie, byłaby tylko obowiązana stawać do kontroli, celem stwierdzenia i zapisania wyników przeprowadzonego uporządkowania jamy ustnej.

Referat dentystyczny przy biurze Naczelnego Wizytatora Hygjeny przy Ministerstwie W. R. i O. P., którego stworzenia powinniśmy się bezwzględnie domagać, miałby czuwać i wpływać na realizację opieki dentystycznej w państwowych szkołach średnich. Referent dentystyczny powinien wspólnie z Centralnym Komitetem dla opieki dentystycznej w szkołach, któremu później kilka słów poświęcę, wpływać moralnie także na miejskie Rady Szkolne, celem dalszego rozwijania, względnie zapoczątkowania opieki dentystycznej w im podległych szkołach, t. j. w szkołach powszechnych.

Ujednostajnienie statystyki dentystycznej, ale zarazem także uproszczenie jej i wprowadzenie jednolitej karty chorobowej uważam za bardzo wskazane. Półroczne sprawozdania lekarzy-dentystów, jakoteż karta do opieki domowej, zawiadamiająca ją o wyniku badania dentystycznego, dla każdego ucznia zosobna, są bezsprzecznie dobre ale zbyt obciążają i komplikują czynności administracyjne lekarza-dentysty, o ile niema siły biurowej. Wypełnienie karty dentystycznej wedle wzoru Ministerstwa, t. zw. karty chorobowej, zapisanej po obu stronach, daje nam ogólny obraz wyniku oględzin rocznych, ale niema tam miejsca na zapiski, tyczące się samych zabiegów, które się wykonywa przez kilka lat w czasie pobytu ucznia w szkole. Do tego celu potrzebna jest mianowicie znowu inna karta. Natomiast wzór karty używanej w lwowskiej Poradni, daje raczej możność zapisywania tak wyników badania półrocznego w klasach, jakoteż pozostawia wiele miejsca do zapisywania całego przebiegu leczenia dla każdego zęba zosobna, przez cały okres uczęszczania dziecka do szkoły i zawiera ponadto dosyć miejsca na zapisywanie kwot pieniężnych, wpływających tytułem leczenia zębów. W październiku 1919 r. wyszła instrukcja dla dentystów szkolnych, zatwierdzona przez Ministerstwo Zdrowia Publ. w porozumieniu z Min. W. R. i O. P. z dn. 3 marca 1921, w sprawie pracy lekarzy i dentystów szkolnych. Oprócz tej instrukcji wydało Min. Zdrowia Publ. także instrukcję dla utrzymujących gabinety dentystyczne. Obie te instrukcje są przeważającej liczbie dentystów szkolnych nieznane. Wedle wymienionej instrukcji podlegają lekarze-dentyści Ministerstwu W. R. i O. P. oraz inspektorom dentystycznym, ustanowionym z ramienia Min. Zdrowia Publ., których jednak wogóle niema. O wyniku badań i zabiegów u uczniów, powinien szkolny lekarz-dentysta, wedle tej instrukcji, zawiadomić opiekę domową specjalnemi kartami, co nie jest wszędzie praktykowane i byłoby utrudnieniem pracy i drogą do powstania nieporozumień. Punkt 10-ty i 11-ty instrukcji wkracza może zbyt daleko w kompetencje fachowe lekarza-dentysty. Powiada bowiem między innemi, że... „wszelkie zapalenia miazgi i zgorzele w zębach stałych, muszą być uleczone. Takich zębów usuwać nie wolno. Pnie zębów jednokorzeniowych, o ile są dobrze zachowane, należy plombować, umożliwić im przez to w przyszłości osadzenie sztucznej korony“. Są to postulaty, nie odpowiadające zupełnie dzisiejszemu poziomowi nauki. Stomatologja, w szczególności nauka o zakażeniu ustnem, dalej takie środki pomocnicze, jak zdjęcie rentgenowskie tak zmieniły pogląd na te sprawy, że wartoby było tę instrukcję poddać rewizji, ewentualnie ją uzupełnić.

W łączności z szkolną opieką dentystyczną muszę stwierdzić, że niema dotychczas w Polsce ani katedry, ani wykładów z dziedziny stomatologji społecznej. Kursów uzupełniających dla lekarzy-dentystów również niema. Ministerstwo, angażując młode siły dentystyczne, żąda wprawdzie praktyki w klinikach dentystycznych i wyraża życzenie, by lekarze-dentyści podczas świąt i wakacyj uzupełniali swoją wiedzę w klinikach dentystycznych, to zostaje jednak *pium desiderium* z powodu braku możliwości dokształcania się na tych klinikach.

Z kolei przejrzyjmy pobieżnie rozwój i dzisiejszy stan szkolnej opieki dentystycznej zagranicą.

Jak już na wstępie zaznaczyłem, kraje kultury francuskiej (Bruksela, Strassburg) zapoczątkowały teoretycznie i praktycznie szkolną opiekę dentystyczną. W roku 1908 otworzyło Ministerstwo inspekcję dentystyczną dla szkół powszechnych i internatów francuskich, która badała czynności dentystyczne, wykonywane przez prywatnych lekarzy-dentystów. Dwa obywatelskie komitety francuskie zajmowały się przed wojną opieką dentystyczną dla dzieci, a w roku 1924 powstało Société d'Hygiène de France dla tego samego celu. Interwenjowało ono przy założeniu około 50 szkół opieki dentystycznej i przy stworzeniu filmu propagandowego. W roku 1926 było we Francji 26 szkolnych przychodni dentystycznych. Obecnie istnieje szkolna opieka dentystyczna tylko w większych miastach. Propagandą hygjeny jamy ustnej zajmuje się w Francji i w Belgji w pierwszym rzędzie przemysł dentystyczny, który jest w tem zainteresowany, a następnie szkolni lekarze-dentyści. Żadna rządowa instytucja się nie zajmuje szkolną opieką dentystyczną, która jest pozostawiona rozmaitym prywatnym towarzystwom.

W Anglji i w Norwegji znajdujemy szkolnych lekarzy-dentystów już z końcem ubiegłego stulecia. Przy zakładaniu szkolnych placówek dentystycznych odgrywa na Zachodzie główną rolę inicjatywa prywatna. Rockefeller, Eastman, i inni miljonerzy dolarowi zakładają pięknie wyposażone szkolne kliniki dentystyczne nietylko w swoich ojczyznach, ale nawet w innych krajach, jak np. we Włoszech i w Szwecji.

W Anglji i w Ameryce półn. mają wielkie znaczenie specjalnie szkolone hygjenistki dentystyczne. O jednolitej organizacji szkolnej opieki dentystycznej o jednolitym systemie pracy i prowadzeniu statystyki niema mowy.

W Szwajcarji wykonuje się szkolną opiekę dentystyczną w ten sposób, że dzieci szkolne przychodzą do gabinetów prywatnych leka-

rzy, gdyż szkolne przychodnie okazały się za drogie. W małych miejscowościach okazał się ten system bardzo dobry.

We Włoszech uczęszczają dzieci do klinik uniwersyteckich, do klinik szkolnych, do prywatnych lekarzy, a ponadto jest kilka ruchomych klinik automobilowych.

W Austrji i częściowo w Czechach panują stosunki w tej dziedzinie bardzo zbliżone do Niemiec.

D. n.

ZAST. PROF. DR. ZEŃCZAK
Państwowy Instytut Dentystyczny. Warszawa. Katedra Ortodoncji.

Racjonalne wyciski dla dostawek płytkowych.

(Ciąg dalszy)

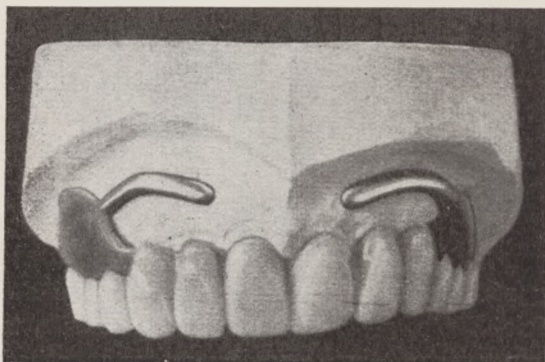
Do utraty równoczesnej wszystkich zębów nie dochodzi prawie nigdy. Najczęściej dłużej się utrzymują zęby przednie, tem samem zachodzi i nierównomierny stopień zaniku wyrostka zębodołowego. Często więc zachodzi konieczność doszlifowania zębów przednich do dziąsła, tem samem traci się ścianę wargową dostawki przy umocowaniu. Zastępczo do pewnego stopnia spełnią wówczas funkcję wypustki strzałkowe w przedsionku pod wargą, zarówno w szczęce górnej jak i dolnej. Fig. 43. Przy ukośnym przebiegu wyrostka zębodołowego, jaki pozostaje zachowany, przez dłuższy czas po utracie zębów działają bardzo energicznie, zabezpieczając dostawkę od opadania ku dołowi w przedniej części — tylna bowiem trzyma się siłą przylegania.

Ukos wyrostka zębodołowego w części przedniej spotykamy również często w niektórych formach patologicznej prognatii lub progenii. Zastosowanie wypustek strzałkowych w takich wypadkach będzie jedyną możnością sprowadzenia umocowania bez zwiększenia deformacji w wyglądzie.

Na skutek wcześniejszej zazwyczaj utraty zębów bocznych, odcinki boczne wyrostka zębodołowego są niższe, tem samem dostawka przy nagryzaniu ma dążność przesuwania się ku tyłowi po ukosie, wytworzonym przez wyrostek zębodołowy. Bardzo wybitnie występuje to w szczęce dolnej. Wypustki strzałkowe zwane inaczej klamrą — zaczepką dziąsłową działają wówczas hamująco. Fig. 44. O ile zakres

przylegania do błony śluzowej wypadnie na odcinki boczne, będą tem samem wspomagały utrzymanie się dostawki na przesuwanie w bok w kierunku poprzecznym.

Zaczepki dziąsłowe mogą mieć zastosowanie nietylko w całkowitych dostawkach, ale również i w częściowych. Przy utrzymanych tylko zębach przednich, mając brak dobrego oparcia zaczepki na zębach z powodu ich klinowatego kształtu można z pożytkiem użyć zaczepki dziąsłowej. Fig. 45. Przy zachowanych zębach są warunki dla niej idealne, bo wyrostek zębodołowy jest obecnością zębów uwypuklony,



Rys. 43. Wypustki strzałkowe przy szczęce bezzębnej z metalu Wipla.
(Z. R. 1928 Nr. 20 Dr. Mausbach).

a zapadnięty u szczytu korzeni tam, gdzie wpadnie ułożenie zaczepki. Nietylko kształt zębów może być wskazaniem, lecz także i chwianie się tychże, względnie nieodpowiednie warunki umocowań zaczepkami zębowemi z powodu możności wyważania filarów. Fig. 46.

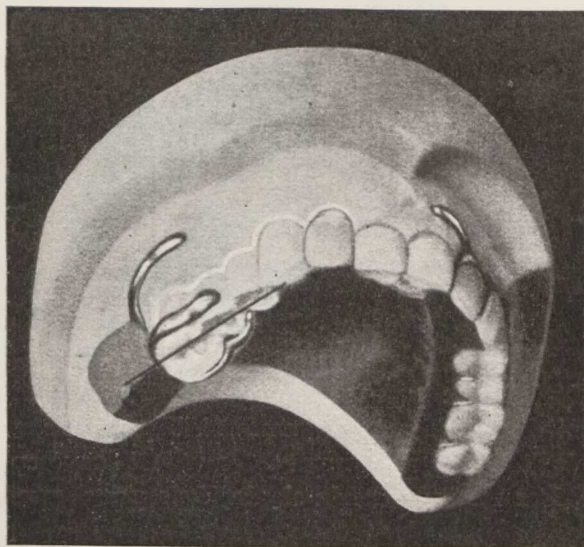
Dla lepszego oparcia się o dziąsło, by nie wywołać pracą odgnieceń, wskazanem będzie oparcie ich o możliwie szeroką powierzchnię, czyli stosowanie zaczepek szerokich. Grubość będzie uzależnioną warunkami kosmetycznemi. Często może być wskazane przy zapadnięciu wypuklenie wargi, a zatem można będzie zastosować grubszą wypustkę.

Gdzie wypuklenie niepożądane, musi się wytrzymałością materjału przezwyciężyć cienkość wypustki, czyli posługiwać się metalem złotoplatyną lub metalem Wipla.

Stosowanie dodatkowych umocowań ograniczy w znacznej mierze konieczność użycia ssawki gumowej do wypadków poszczególnych. Jako takie zgóry musimy przyjąć dostawki tymczasowe, wykonywane

w krótkim czasie po usunięciu korzeni lub zębów na większych przestrzeniach.

Szkielet kostny wyrostka zębodołowego po usunięciu ulega przemianie względnie powoli. Dla przyśpieszenia procesu gojenia się —



Rys. 44. Zaczepka dziąsłowa przeciwdziałająca wyważaniu filarów umocowujących częściową dostawkę. (Z. R. 1928 Nr. 20 Dr. Mausbach).

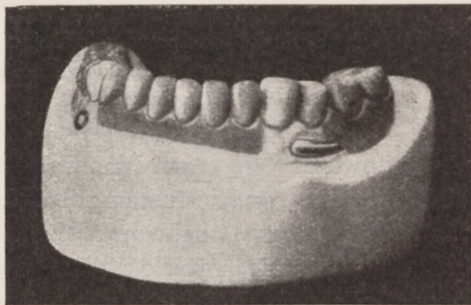
czyli szybszego kształtowania się wyrostka zębodołowego, należy wszelkie brzegi ostre kostne wygładzić frezem, obciąć kleszczami kostnemi i t. p. po odchyleniu błony śluzowej i następowem zeszyciu. W ten sposób uzyskamy znacznie szybsze zbliznowacenie kostne, już po upływie jednego miesiąca będziemy mogli przeważnie zauważyć wygładzony wyrostek zębodołowy. Jednak i w takich wypadkach, nie zawsze, — przez czas gojenia będziemy mogli pozostawić chorego bez dostawki zębowej tymczasowej. Zmuszeni okolicznościami do wykonania w warunkach niedogodnych uwzględniając wystąpienie chwiania się dostawki na skutek zanikającego wyrostka, czyli braku podstawy na wyrostku w miejscach usuniętych zębów — korzeni, musimy jako umocowanie dodać ssawkę gumową. Później po uzyskaniu formy wyrostka zębodołowego przekształconego, będzie można dojść do umocowania dobrego z ominięciem ssawki.

Wyjątkowo może zajść konieczność użycia ssawki gumowej do umocowania stałego. Nastąpi to przy bardzo silnym zaniku wyrostka zębodołowego i prawie zupełnego wyrównania przedsionka tak, że granice ruchomej błony śluzowej wypadają tuż przy brzegu zanikłego



Rys. 45. Wypustka strzałkowa.
Zaczepka dziąsłowa przy utrzymanych zębach przednich.
(Z. R. 1928 Nr. 20 Dr. Mausbach).

wyrostka. Wygładzenie przedsionka uniemożliwi umocowanie dobre płytki i skłoni do użycia ssawki gumowej. Wprawdzie, w takich wypadkach, zabiegiem chirurgicznym można unieść przyczep błony śluzowej ku górze, lecz nie zawsze uda się dojść do przeprowadzenia zabie-



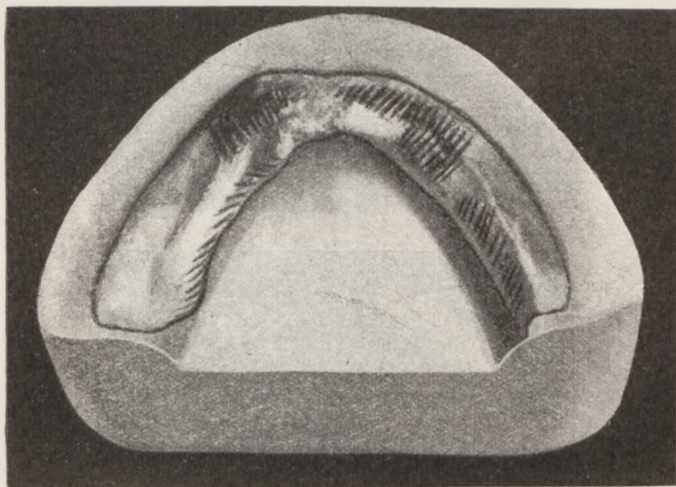
Rys. 46. Zaczepki dziąsłowe przy chwiejących się zębach.
(Z. R. 1928 Nr. 20 Dr. Mausbach).

gów chirurgicznych. Tak silny zanik spotykamy bowiem w wieku późniejszym i już z tego względu możemy spotkać stanowczą odmowę, czy też przeciwskazania do wykonania operacji.

Przy wykonywaniu dostawek płytkowych w czasie przymiarki (brania zgryzu lub zębowej) na modelu należy oznaczyć miejsca kostne,

pokryte cienką błoną śluzową dla możności odciążenia przez nawarstwianie folii cynowych metodą Schrödera o ile uprzednio nie było odciążenie inną drogą przeprowadzone. Kształt i dokładna granica da się jedynie w ustach dotykiem palca lub okrągło zakończonym instrumentem określić. Fig. 47, 48, 49. Takowa może przybierać nieregularne formy, a dotyczy głównie wału podniebiennego.

Jeżeli mamy zamiar zastosować metalową płytkę do dostawki z umocowaniem zębów w kauczuku, to nie jest wskazane doprowadzanie płytki metalowej do ostatecznej granicy w przedsionku.

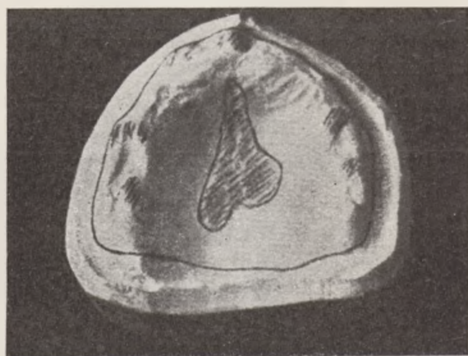


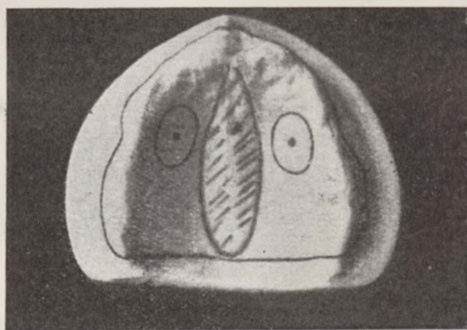
Rys. 47. Wyznaczenie twardszych przestrzeni błony śluzowej i zarysu dla płytki metalowej w szczęce dolnej. (Mausbach.)

Z kauczuku bowiem łatwiej jest uformować pogrubienie i zaokrąglenie brzegów, tem samem lepsze wentylowe przyleganie błony śluzowej ruchomej. Płytką metalową przykrywamy część podniebienną, przeprowadzając nieco poza wyrostek zębodołowy. Czyli dziąsło sztuczne zostanie w całości prawie uformowane z kauczuku. Poza łatwiejszem i racjonalniejszem kształtowaniem brzegów z kauczuku, stwarzamy sobie możność kontroli przysysania się, czyli utrzymania płytki przy przymiarce ostatecznej i poczynienia ewentualnych poprawek w wosku.

Momme na gotowych dostawkach ścinał brzegi i, po zaopatrzeniu nacięciami, uzupełniał je w wosku, by przez włożenie w usta, części miękkie przedsionka mogły ukształtować granicę w rozmiękczonym

wosku. To samo należy wykorzystać i uskutecznić przy ostatniej przymiarce z zębami. W razie stwierdzenia jakichkolwiek niedokładności i niedość mocnego przylegania brzegów, ażeby uzyskać przysysanie się, możemy po lekkiem podgrzaniu brzegów wosku wcisnąć przymierzaną płytkę zębową na miejsce i wykonaniem ruchów czynnych ssania pal-





Rys. 48 i 49. Wyznaczenie na modelach górnej szczęki twardych miejsc wałów podniebiennych i zarysy brzegów dla płytki metalowej.

ca, szerokiego otwarcia ust oraz przekrzywienia ust w prawo i lewo, w końcu ruchami wargi i policzków zmierzającemi do zrzucenia płytki, uzyskać idealne utworzenie brzegów.

Po takich zabiegach i doprowadzeniu wosku do stanu twardego przez wypłókanie lub polanie chłodną wodą, nie wolno wyjętej przymiarki wkładać na model, bo może zniszczyć się uzyskany efekt. Przymiarka wrzucona do naczynia z wodą, ażeby wosk pod wpływem ciepła otoczenia nie uległ przypadkowemu przegięciu, przechodzi wprost do kiwety dla zamiany wosku w kauczuk. Jako zaleta wykonywania

brzegów przedsionka w kauczuku, może być wspomniane łatwiejsze spiłowanie w razie wystąpienia odgnieceń. Ta okoliczność powinna zajść w wyjątkowych wypadkach, jeżeli kształtowanie brzegów było dokładnie uzyskiwane metodą wyciskową przy płytkach metalowych kontrolowana jeszcze woskiem.

Wykonanie wycisków czynnościowych w praktyce nie przedstawia trudności żadnych rozumiejąc zasadę i myśl przewodnią, którą w czyn wprowadzamy. Strata czasu również nie zachodzi żadna, albowiem uchylamy się od wszelkich odgnieceń, tem samem poprawek nie dających się uniknąć metodami wyciskowemi zwykłemi, noszącemi nazwę anatomicznych.

Oddanie protezy zębowej zdatnej do pełnego użytku, odrazu zwiększy zaufanie i wdzięczność ze strony chorych, szukających naszej pomocy, a nam przypadnie w udziale zadowolenie wypełnienia obowiązku lekarskiego sumiennie i uwieńczenia pracy pięknym wynikiem.

D. c. n.

Rzadki przypadek zniesienia czucia całego podniebienia twardego obustronnego po znieczuleniu miejscowem.

Najbardziej rozpowszechniony u nas sposób zniesienia czucia przy zabiegach krwawych w jamie ustnej jest zastrzyk rozczynem novocainy. Rozróżniamy, ogólnie zupełnie biorąc, znieczulenie miejscowe, czy to przywierzchołkowe w szczęce górnej lub t. zw. nasiękowe w żuchwie. Ten ostatni ma zakres wybitnie ograniczony, jeśli chodzi o zabieg krwawy. Przy wyjęciu zęba może być uwzględniony li tylko wtedy, gdy nieznaczne korzenie tkwią raczej w tkankacch miękkich lub bardzo nieznacznie w tkance kostnej. W pewnych warunkach względne znieczulenie pola operacyjnego i to w górnej szczęce uzyskać można, zastrzykując płyn znieczulający w pewnej nieznacznej odległości od miejsca samego zabiegu, tworząc wzór t. zw. „znieczulenia okolicznego". Chcąc natomiast z tych czy innych względów ominąć zupełnie bezpośrednie zetknięcie pola operacyjnego z płynem znieczulającym, znosimy czucie przez zniesienie przewodnictwa nerwu czuciowego na pewnej już znacznej odległości od ogniska, mianowicie przez zostawienie płynu znieczulającego u wyjścia danego nerwu z jego najbliższego lub dalszego kanału, mieszczącego się w kości (nprz. foramen infraorbitale, mandibulare, ovale). Efekt zabiegu ostatniego prze-

jawia się w postaci zniesienia czucia na całej przestrzeni unerwionej przez daną gałązkę nerwową w kierunku odśrodkowym.

Tem ciekawszy jest poniżej podany przypadek, kiedy płyn znieczulający, pozostawiony w miejscu zakończeń gałązek nerwowych powodował zniesienie czucia na znacznej przestrzeni w kierunku dośrodkowym. Chora 1.20 B. M. ma pełne uzębienie żuchwy, a w szczęce górnej za wyjątkiem korzeni |7 są również wszystkie zęby całe, w niektórych zębach górnych i dolnych małe wypełnienia.

Zastrzyk 2 cm. 2% novocainy z dodatkiem adrenaliny przywierzchołkowo po kilku minutach (nie więcej niż 5) dał obraz całkowitego znieczulenia całego podniebienia twardego strony lewej jak i prawej. Całe podniebienie twarde wyraźnie zbielało i chora nie reagowała na ukłucie w okolicy podniebienia zarówno jak i dziąsła obu stron. Po wykonaniu zabiegu pac. została zatrzymana dla stwierdzenia czasu, w ciągu którego czucie powracało do poszczególnych odcinków podniebienia.

Po 40 min. powrót czucia w okolicy zęba |8
Po 55 min. powrót czucia w okolicy zęba |6 7
Po 65 min. powrót czucia w okolicy zęba |4 5
Po 85 min. powrót czucia w okolicy zęba |2 3

Po tym czasie pac. zwolniono. Następnego dnia podała, że dopiero po 3 godzinach wróciło czucie na całem podniebieniu.

Ciekawem jest jeszcze i to, że pac. podaje, że w domu zauważyła niemiłe uczucie zdrętwienia w dolnej szczęce. Zdrętwienie ustąpiło po pewnym czasie. Sam ja tego w czasie obecności u mnie pacjentki nie zbadałem.

Dr. M. Kalisz (Łódź).

O czem piszą?

Die Fortschritte d. Zahnheilkunde. Tom 7 zeszyt 6 zawiera pracę Müllera o metodach plombowania korzeni, Hübnera o różnych metodach leczniczych i Mischa o hygjenie socjalnej. W dziale streszczeń spotykamy z prac polskich J. Gombińskiego: „Badania nad ziarniniakami okołowierzchołkowemi“ (Przegl. Dent. 1930—1) oraz H. Wilgi: „Leczenie zębów z miazgą w stanie zgorzelowego lub ropnego rozpadu“ (Przegl. Dent. 1930—7, 8, 9).

DRUKARNIA ZAKŁ. WYDAWN. M. ARCT, SP. AKC. W WARSZAWIE, CZERNIAKOWSKA 225.